

6. BÖLÜM

KABIZLIK

Güçlühan UÇAR¹

GİRİŞ VE EPİDEMİYOLOJİ

Kabızlık terimi, aslında tek başına bir tanı olmayıp semptom olarak değerlendirilir. Hasta morbiditesinde önemli bir yere sahiptir ve oldukça sık görülür. Görülme sıklığı yaş ile beraber artmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre, çocuklarda erişkinlere göre ve yaşlılarda gençlere göre daha sık görülmektedir. Kullanılan tanımlara göre farklılık göstermekle birlikte toplumda görülme sıklığı %2-28 arasındadır. Gelişmiş ülkelerde kabızlık yaşayan hastaların yaklaşık %30'u bu nedenle hastaneye başvurmaktadır. Fiziksel inaktivite, eğitim düzeyinin düşüklüğü, cinsel suistimale uğrama öyküsü, depresyon semptomlarının varlığı, nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAI) kullanımı ve diğer konstipasyona yol açan ilaç kullanımları, bazı hastalıklar konstipasyon için risk faktörleri arasındadır. Önemsiz bir semptom olarak görülebilmekle birlikte, hasta başvuru sıklığı ve bunun maliyeti düşünüldüğünde önemi daha net görülmektedir. Yalnızca ABD'de kabızlık nedeni hastane başvuru sayısı 2,5 milyondan fazladır(1).

Sağlık çalışanları ve hastalar kabızlığı farklı şekilde tanımlayabilir. Sağlık çalışanları, sıklıkla dışkılama sayısında veya frekansında azalma olarak tanımlar. Hastalar ise dışkılariken zorlanma, normalden sert kıvamda dışkılama, barsak hareketlerinden dolayı hissedilen ağrı veya abdominal gerginlik hissini kabızlık olarak ifade edebilirler. Kabızlık, yalnızca dışkılama sıklığı ile ifade edilemez. Sadece sıklıkla ifade edilmesi bir çok hastanın tanı alamaması ile sonuçlanır. Tanı kısmında Roma Kriterleri kullanılabilir(2).

Roma 4 Kriterleri;

Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması gerekmektedir.

¹ Ar. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi, Acil Tıp gucluhan.ucar@deu.edu.tr

Fekal impaksiyonda üç ana predispozan faktör mevcuttur (11):

1. Kötü yeme alışkanlıkları,
2. Azalmış kolon motilitesi ve rektal hassasiyet,
3. Immobilizasyon, demans, depresyon veya fiziksel halsizlik nedenli defekasyon ihtiyacını hissedildiği anda giderememek.

Fekal impaksiyona bağlı sterkorale perforasyon ise oldukça nadir görülür fakat meydana geldiğinde yüksek morbidite ve mortaliteyle kendini gösterir. Perforasyonun, katılaşmış dışkıının yaptığı basınçtan ötürü gelişen nekrotik kenarlı bir ülser (sterkorale ülser) neticesinde oluştuğu varsayılmaktadır(12). Hastanın ishali olması, özellikle yaşlılarda veya zayıflamış hastalarda fekal impaksiyonu dışlamaz.

TABURCULUK VE TAKİP

Çoğu kabızlık nedenli başvuran hasta, olası komplikasyonların belirtileri hakkında bilgi ve uyarısı ile acil servisten güvenli bir şekilde taburcu edilebilir. Fekal impaksiyonu olan hastalar bağırsak boşaltma yöntemleri uygulanarak taburcu edilebilir.

Kilo kaybı, anemi veya dışkı kıvamında değişiklik ile ilişkili organik olmayan kabızlığı olan hastalar, refrakter kabızlığı olan veya kronik laksatif kullanımı gerektiren kabızlığı olan hastalar gastroenteroloji polikliniğine yönlendirilmelidir(13).

Obstrüktif kaynaklı organik kabızlığı olan hastalar hastaneye yatış, mide dekompresyonu ve cerrahi konsültasyon gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Türkay C, Aydo T, Özden A, Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dal F, Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dal A. Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi.
2. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation [Internet]. Vol. 14, Expert Review of Gastroenterology and Hepatology. Taylor and Francis Ltd; 2020 [cited 2021 Jan 17]. p. 39–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31893959/>
3. Wald A. Constipation: Pathophysiology and management [Internet]. Vol. 31, Current Opinion in Gastroenterology. Lippincott Williams and Wilkins; 2015 [cited 2021 Jan 19]. p. 45–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394234/>
4. Romero Y, Evans JM, Fleming KC, et al: Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 71: 81, 1996. [PMID: 8538239]
5. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force: An evidencebased approach to the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol 100: S1, 2005. [PMID: 16008640]

6. Emmett CD, Close HJ, Yiannakou Y, et al: Trans-anal irrigation therapy to treat adult chronic functional constipation: systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol* 15: 139, 2015. [PMID: 26474758]
7. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R: The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). *Pain Med* 10: 35, 2009. [PMID: 18721170]
8. Cook SF, Lanza L, Zhou X, et al: Gastrointestinal side effects in chronic opioid users: results from a population-based survey. *Aliment Pharmacol Ther* 27: 1224, 2008. [PMID: 18363893]
9. Leppert W, Woron J: The role of naloxegol in the management of opioid-induced bowel dysfunction. *Therap Adv Gastroenterol* 9: 736, 2016. [PMID: 27582887]
10. Garnock-Jones KP: Naloxegol: a review of its use in patients with opioid-induced constipation. *Drugs* 75: 419, 2015. [PMID: 25666542]
11. Wrenn K: Fecal impaction. *The New England Journal of Medicine* 1989; 321(10): 658-62
12. Murakami S, Kawahara H, Kozima K et al.: Stercoraceous perforation of the sigmoid colon: report of two cases. *Surgery Today*, 1992; 22(5): 461-3
13. Lacy BE, Brunton SA: Partnering with gastroenterologists to evaluate patients with chronic constipation. *MedGenMed* 7: 419, 2005. [PMID: 16369398]